

290

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 28 Mars 1901, à 1 heure

Par PESME

Né à Chaumont (Haute-Marne), le 3 mai 1873.

Ancien interne.

Traitement des
Tuberculoses externes fistulisées
ET
DES TUBERCULOSES CUTANÉES

Président : M. BLANCHARD, professeur.

Juges : MM. GUYON, professeur.

ALBARRAN et TEISSIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Année 1901

THÈSE

No

POUR

LE DOCTORAT EN MÉDECINE

Présentée et soutenue le Jeudi 28 Mars 1901, à 1 heure

Par PESME

Né à Chaumont (Haute-Marne), le 3 mai 1873.

Ancien interne.

Traitement des
Tuberculoses externes fistulisées
ET
DES TUBERCULOSES CUTANÉES

Président : M. BLANCHARD, professeur.

Juges : MM. GUYON, professeur.

ALBARRAN et TEISSIER, agrégés.

Le candidat répondra aux questions qui lui seront faites sur les diverses parties de l'enseignement médical.

PARIS

L. BOYER

IMPRIMEUR DE LA FACULTÉ DE MÉDECINE

15, Rue Racine, 15

1901

FACULTÉ DE MÉDECINE DE PARIS

Doyen.....	M.	BROUARDEL
Professeurs.....		MM.
Anatomie.....		FARABEUF.
Physiologie.....		CH. RICHET.
Physique médicale.....		GARIEL.
Chimie organique et chimie minérale.....		GAUTIER.
Histoire naturelle médicale.....		BLANCHARD.
Pathologie et thérapeutique générales.....		BOUCHARD.
Pathologie médicale.....		HUTINEL.
Pathologie chirurgicale.....		BRISAUD
Anatomie pathologique.....		LANNELONGUE.
Histologie.....		CORNIL.
Opérations et appareils.....		MATHIAS DUVAL
Pharmacologie et matière médicale.....		BERGER.
Thérapeutique.....		POUCHET.
Hygiène.....		LANDOUZY.
Médecine légale.....		PROUST.
Histoire de la médecine et de la chirurgie.....		BROUARDEL.
Pathologie expérimentale et comparée.....		N.
Clinique médicale.....		CHANTEMESSE.
Maladies des enfants.....		DEBOVE.
Clinique de pathologie mentale et des maladies de l'encéphale.....		JACCOUD.
Clinique des maladies cutanées et syphilitiques ..		HAYEM.
Clinique des maladies du système nerveux.....		DIEULAFOY
Clinique chirurgicale.....		GRANCHER.
Clinique ophthalmologique.....		JOFFROY.
Clinique des maladies des voies urinaires.....		FOURNIER.
Clinique d'accouchement.....		RAYMOND
		TERRIER.
		DUPLAY.
		LEDENTU
		TILLAUX.
		PANAS.
		GUYON.
		BUDIN.
		PINARD.

Agrégés en exercice.

MM.	MM.	MM.
ACHARD.	GAUCHER.	ROGER.
ALBAÏRAN.	GILLES DE LA TOURETTE.	SEBILEAU.
ANDRÉ.	HEIM.	TEISSIER.
BONNAIRE.	HARTMANN.	THIERY.
BROCA Auguste.	LANGLOIS.	THIROLOY.
BROCA André.	LAUNOIS.	THOINOT.
CHARRIN.	LEGUEU.	VAQUEZ.
CHASSEREAU.	LEJARS.	VARNIER.
DELBET.	LEPAGE.	WALLICH.
DEGREZ.	MARFAN.	WALTHER.
DUPRÉ.	MAUCLAIRE.	WIDAL.
FAURE.	MENETRIER.	WURTZ.
	MERY.	
Chef des travaux anatomiques.....		M. RIEFFEL.

Par délibération, en date du 9 décembre 1798, l'Ecole a arrêté que les opinions émises dans les dissertations qui lui seront présentées, doivent être considérées comme propres à leurs auteurs et qu'elle n'entend leur donner aucune approbation ni improbation.

A MON PÈRE ET A MA MÈRE

A MES FRÈRES ET SŒURS

A LA MÉMOIRE DE MA SŒUR

A MA FAMILLE

A MES AMIS

A MON PRÉSIDENT DE THÈSE

MONSIEUR LE PROFESSEUR BLANCHARD

Membre de l'Académie de Médecine
Professeur à la Faculté de Médecine
Chevalier de la Légion d'honneur

AVANT-PROPOS

Au cours de nos études médicales commencées à la Faculté libre de médecine de Lille par un stage de quatre ans, continuées à Berck-sur-Mer, où nous eûmes l'honneur d'être pendant trois ans l'interne de M. Calot et terminées à la Faculté de Paris, nous avons contracté de lourdes dettes de reconnaissance, que notre cœur se fait aujourd'hui une joie de pouvoir proclamer officiellement.

Nous avons trouvé en M. le professeur Faucon, de Lille, un second père qui, non content de nous inculquer les principes de la chirurgie, nous donna les preuves du plus précieux dévouement, en nous prodiguant les soins les plus assidus et les plus constants. Qu'il soit assuré de notre profonde reconnaissance.

Merci aussi à nos autres maîtres de la Faculté libre de Lille des marques de sympathie qu'ils nous ont constamment données, et particulièrement à M. le professeur Desplats dont le secours nous vint en aide d'une manière si efficace.

A Berck, où nous avaient conduit les conseils de M. le docteur Hervey, chirurgien de l'hôpital de Troyes et de M. le docteur Blaise, chirurgien adjoint de l'hôpital de Troyes, à qui nous envoyons ici le témoignage de toute notre gratitude, nous avons trouvé le meilleur accueil de la part de M. le docteur Calot.

C'est là que, passant des études théoriques à la pratique, nous avons pu appliquer les principes puisés aux meilleures sources, et faire nos premiers pas sous sa direction si amicale et si bienveillante. C'est là que soutenu par ses encouragements et ses conseils, nous avons fait nos premières tentatives opératoires, en nous inspirant des remarquablss exemples que nous avons sous les yeux, et des procédés si pratiques de notre maître. Nous lui devons donc une part de reconnaissance toute particulière pour la sollicitude constante dont il nous a entouré toujours pendant notre longue collaboration.

A Paris enfin, nous avons terminé nos études sous la direction des professeurs les plus estimés dont les remarquables leçons données familièrement au lit du malade, ou magistralement développées à l'amphithéâtre seront pour nous le meilleur guide dans la pratique journalière de notre art.

Nous offrons à M. le professeur Blanchard l'expression de tous nos remerciements pour le grand honneur qu'il nous fait de vouloir bien accepter la présidence de notre thèse.

INTRODUCTION

Pendant les trois années que nous avons passées à Berck, outre les grandes interventions qui ont été à leur heure décrites dans des monographies spéciales et qui ne sont pas d'une pratique courante pour la grande majorité des praticiens telles que redressements des gibbosités, de mal de Pott, de coxalgies, de scolioses, réductions de luxations congénitales, nous avons eu souvent à traiter, et c'était le pain quotidien dans nos hôpitaux, des tuberculoses externes fistulisées sans avoir subi jamais de traitement sérieux, ou malgré ce traitement, et des tuberculoses cutanées rebelles.

C'est à la suite d'un grand nombre de cas que nous avons traités et dont nous avons conduit une bonne partie à la guérison ou à l'amélioration que l'idée nous est venue d'envisager d'une façon générale le mode de traitement le plus convenable et le plus capable d'amener la cicatrisation de ces plaies qui font, par

leur tenacité, le désespoir des malades et aussi de ceux qui les soignent

Quoi de plus triste que de voir ces enfants, car ce sont eux qui payent le plus lourd tribut à ces maladies, après avoir subi pendant quelque temps un commencement de traitement resté sans succès, être abandonnés à leur sort et aux soins de la bonne nature, *natura mediatric*, qui ne peut toujours faire à elle seule les frais d'une cure complète et définitive. C'est que les patientes les plus résolues finissent par se lasser de l'inutilité de leurs efforts et souvent aussi, il faut bien le dire, de l'inertie mise à les seconder ; c'est que les soins les plus assidus n'amènent souvent aucune amélioration au moins apparente dans les lésions traitées, et que l'on se heurte de temps à autre à des rechutes ou à des reculs qui semblent compromettre d'une façon irrémédiable le résultat cherché.

Faut-il conclure de là qu'il n'y a rien à faire et cesser toute tentative nouvelle ? Faut-il se contenter des soins de propreté élémentaire et se borner à renouveler les pansements chaque fois qu'ils sont souillés ? Beaucoup sont tentés de le faire, beaucoup même le font, en couvrant leur retraite de motifs plus ou moins plausibles, qu'ils exposent d'ailleurs à l'entourage du malade sans grande conviction : « Attendons maintenant que j'ai agi énergiquement pendant longtemps, que mes soins produisent leurs effets, disent-ils. » Et l'on attend en effet, souvent très longtemps, quelquefois toujours.

N'y avait-il donc plus rien à faire ? Nous ne le

croions pas ; nous croions même qu'il y avait encore beaucoup à faire ; il y avait à recommencer, sans se décourager jamais.

Certes, il y a là une œuvre pénible, une préoccupation constante qu'on ne peut imposer à tous les médecins ; il y a là une perte de temps considérable, un travail ingrat dont le résultat paraîtra souvent bien aléatoire, mais s'il est des malades qui, par lassitude et découragement, préfèrent cesser la lutte et s'abandonner au hasard, il en est beaucoup d'autres qui ne veulent pas céder et supplient leur médecin de continuer leurs soins. C'est dans l'intérêt de ceux-là surtout, que nous écrivons ces lignes, parce qu'en faisant pénétrer notre croyance dans l'esprit de leurs médecins, nous leur procurerons un auxiliaire convaincu et prêt à tout essayer plutôt que de se déclarer impuissant.

N'avons-nous pas vu, en effet, survenir une amélioration constante chez nos malades, amélioration lente, il est vrai, mais du moins réelle, succéder à une nouvelle tentative, alors que la précédente semblait avoir épuisé les effets ?

Avant d'exposer la méthode qui nous a conduit à de bons résultats, nous allons examiner les méthodes employées à traiter les tuberculoses externes ouvertes, car c'est à leur application successive sur les mêmes sujets que nous devons nos succès. Ces méthodes, souvent impuissantes isolément à terminer une guérison, se sont complétées l'une l'autre et de leur association a résulté leur efficacité,

Nous ne prétendons pas avoir créé rien de bien neuf, mais nous voulons essayer de faire profiter médecins et malades de nos observations.



MÉTHODES EMPLOYÉES AU TRAITEMENT DES FISTULES

La fistule n'étant que le trajet par où se déversent à l'extérieur les produits de la suppuration d'un organe atteint de tuberculose, que cet organe soit d'ailleurs un os, une articulation, une séreuse (synoviale articulaire ou tendineuse, plèvre), un ganglion ou une glande, la première idée qui vient à l'esprit quand on veut tarir cette fistule, c'est de s'attaquer d'abord au foyer tuberculeux qui l'a causée et qui l'entretient. Pour cela, deux moyens se présentent : action directe et chirurgicale sur le foyer de suppuration, ou action indirecte par les modificateurs chimiques.

Par la première méthode, on met à nu le foyer, on le nettoie des fongosités qui l'encombrent on gratte et avive les surfaces au moyen de la curette et du ciseau à froid, et l'on ne s'arrête que quand on est arrivé dans un tissu paraissant sain. Alors on tamponne, draine et suture, suivant les cas. La fistule aussi est suivie dans tout son trajet, poursuivie dans ses anfrac-

tuosités, disséquée avec soin et énucléée des tissus voisins ; on la suture.

Dans la deuxième méthode, on laisse de côté les bistouris et les instruments tranchants, et l'on s'arme d'une seringue au moyen de laquelle on porte au cœur du foyer les liquides modificateurs qui doivent par leur action continue et prolongée, d'une part, atténuer d'abord la virulence des agents de la suppuration, gêner leur pullulation et finalement les tuer et, d'autre part, dissoudre les fongosités, exciter la vitalité endormie des parois suppurantes et y déterminer l'apparition de bourgeons charnus capables d'amener l'oblitération de la cavité et de la fistule qui y prend sa source.

Voilà pour le traitement local ; mais dans l'un et l'autre cas, on y associe le traitement général consistant dans une bonne hygiène et dans la suralimentation. On combat par ce moyen d'une importance absolument capitale la déchéance de l'organisme qui se produit sous l'influence de la résorption des produits virulents et toxiques au niveau des surfaces malades, et de l'épuisement dû à la longue et souvent abondante suppuration dont il doit faire les frais.

Trop rares malheureusement sont ceux qui bénéficient de ce traitement général, et la grande majorité des malades affectés de tuberculose externe ouverte ou non encore ouverte, croupit dans des conditions sanitaires mauvaises et souvent déplorables.

S'agit-il de coxalgiques ? Dès qu'ils sont impuissants à marcher ils restent au lit. S'agit-il de pottiques ?

d'autres tuberculoses externes? Ils continuent leurs jeux, leurs occupations, leurs travaux, leurs fatigues enfin, tant qu'ils en sont capables, et dès qu'ils ne le peuvent plus ils prennent le lit ou tout au moins gardent la chambre.

S'agit-il de fistules? Si elles sont faciles à panser, les malades courent les rues avec, s'infectant de tous les germes pathogènes rencontrés; si elles sont difficiles, encore le séjour à la maison. Et dans cette maison, où sont-ils? Dans un lit sombre et dans des pièces à peine aérées. Voilà les conditions sanitaires de ces malades.

Et que mangent-ils? Ils mangent peu, du bout des dents, sont difficiles à contenter et lassent tout le monde par les soins qu'ils exigent. Que leur faudrait-il donc? Il leur faudrait à la fois le repos physique, l'air et la lumière et une alimentation abondante, surabondante même.

Le moyen de réaliser toutes ces conditions, c'est de faire sortir ces malades le plus possible et en voiture pour leur éviter la fatigue. Ils jouiront ainsi des bienfaits du grand air, de la grande lumière et loin de s'étioler dans les chambres où ils pouvaient à peine respirer; ils prendront rapidement un appétit remarquable, une mine plus florissante et des forces nouvelles; et ces forces qu'ils n'épuiseront pas par des fatigues inutiles, ils les emploieront toutes pour leur guérison.

Mais si à ces moyens de traitement on ajoute l'air de la mer, alors on augmentera les chances de guéri-

son. Cet air vif et salin leur donnera un appétit plus grand et surtout plus constant ; on pourra augmenter de plus en plus la ration alimentaire, et les surcharges ainsi imposées à l'estomac seront plus facilement supportées. Toutes les fonctions végétatives s'accomplissant dans de bonnes conditions, l'organisme pourra lutter plus efficacement contre la maladie qui le ronge et la vaincre au lieu de se laisser abattre par elle.

Nous ne connaissons pas de plus bel exemple de ce traitement général suivi consciencieusement pendant des mois, que le malade qui fait le sujet de l'observation XVI. Ce malade, en plus de ses repas ordinaires, en était arrivé à boire de grandes quantités de lait et à manger des œufs à tel point qu'arrivé mourant à Berck, il en était reparti guéri de sa tuberculose, ayant engraisé de cinquante livres et plus, mais obligé d'aller faire une cure à Vittel.

N'est-ce pas là le comble du traitement général bien dirigé et efficace. Il est vrai que ce malade passait son temps en voiture, sur la plage, ne rentrant souvent qu'à la nuit noire et ne négligeant aucun des moyens de guérison, soutenu qu'il était par une volonté ardente de guérir.

Inutile d'insister plus longtemps sur ce traitement général dont la technique est à la portée de tous. Toutefois, il est bon de signaler l'inutilité, au moins au bord de la mer, de faire absorber au malade ces nombreux médicaments dits reconstituants. Nous ne croyons pas qu'aucune de ces préparations plus ou moins vantées remplisse convenablement le but que

l'on se propose, et, si ce n'est pourtant l'huile de foie de morue, nous pensons qu'il vaut mieux s'en abstenir pour ne pas fatiguer le tube digestif, dont l'intégrité est assurément la meilleure garantie pour le malade. Et même, si l'huile de foie de morue paraissait mal tolérée, mieux vaudrait encore la laisser de côté et donner seulement une alimentation ordinaire, mais abondante.

Nous avons toujours remarqué en effet, à Berck, que d'une façon générale, les enfants hospitalisés et soumis au régime simple et abondant des hôpitaux, avaient une fraîcheur de mine et un embonpoint supérieurs à ceux des enfants de famille à qui l'on s'efforçait de donner une nourriture variée et choisie avec trop de soin.

Ajoutons à ce régime une bonne hygiène, une grande régularité dans tous les détails pour les heures des repas, du lever, du coucher, etc., l'emploi si possible des lavages à l'eau froide et nous aurons mis le malade dans les meilleures conditions générales pour amener sa guérison.

Reste le traitement local :

Comme nous l'avons vu plus haut, les chirurgiens se divisent ici en deux camps professant des opinions les plus diamétralement opposés, les uns voulant opérer et attaquer le mal à ciel ouvert, l'extirper et refermer la plaie pour amener une cicatrisation rapide, et les autres préférant la méthode conservatrice.

Nous ne nous arrêterons pas longuement sur la première de ces méthodes dont la technique, en cas

de tuberculoses ouvertes, ne comporte pas d'indications particulières suivant les régions atteintes. On se trouve en effet ici dans un champ opératoire assez limité. L'ouverture d'une fistule suppose presque toujours une tuberculose infectée d'emblée ou ultérieurement qui ne permet pas les grandes interventions ; ce serait s'exposer de gaieté de cœur à la non fermeture de la plaie opératoire, en dépit des précautions antiseptiques les plus minutieuses ; aussi doit-on s'en tenir à des grattages, qui ne sont possibles que quand la lésion est assez superficielle.

Peut-on songer à gratter et curetter un mal de Pott ? Une coxalgie ? Une tumeur blanche ? Non : Que reste-t-il donc ? Il reste les tuberculoses cutanées, les tuberculoses ganglionnaires, les ostéites tuberculeuses limitées à une faible étendue.

Ces interventions sont très simples et consistent, après la découverte du foyer, s'il n'est pas à ciel ouvert, à pratiquer avec la curette tranchante, la gouge ou le ciseau, l'ablation des fongosités et des tissus altérés qu'elles recouvrent. On entaille assez largement, sans ménager, tout ce qui paraît suspect et l'on ne s'arrête qu'une fois arrivé sur des tissus d'apparence normale. Dans certains cas, comme pour les ganglions, la lésion paraissant bien limitée, l'énucléation est possible et permet une intervention plus radicale. Dans la tuberculose cutanée, on gratte jusqu'à découvrir complètement la membrane scléreuse qui sépare la lésion des tissus sains.

L'acte opératoire proprement dit une fois terminé,

on utilise une solution forte de chlorure de zinc pour achever l'œuvre du bistouri et cautériser ce qui a pu lui échapper.

On termine enfin par un pansement à plat, si le cas le permet, ou par un tamponnement à la gaze iodoformée, ou encore une sorte de plombage avec un mélange de salol et d'iodoforme fondus et coulés dans la cavité.

Malheureusement ces interventions ne modifient souvent pas la situation qu'elles prétendaient améliorer et après un temps variable où les plaies semblent vouloir se cicatriser et se cicatrisent même en partie, on voit réapparaître ces bourgeons blanchâtres et sans vitalité et ces fongosités que l'on croyait avoir supprimées définitivement.

Il y a encore d'autres reproches que l'on peut faire à cette méthode de traitement.

Outre que l'on n'est jamais sûr d'avoir tout enlevé, même en faisant de larges sacrifices, même en dépassant les limites visibles du mal, on ne peut, en mettant les choses au mieux, obtenir, dans la plupart des cas, la guérison qu'au prix de dégâts toujours fâcheux. Au point de vue esthétique, qui a lui aussi sa valeur, il est certain qu'une cicatrice de fistule laisse souvent des traces moins visibles et moins étendues que certaines cicatrices résultant d'un grattage.

Enfin, dernière considération : ces interventions, longues et minutieuses, pour avoir des chances d'être efficaces, ne vont pas sans un certain risque d'inoculation tuberculeuse.

« Lorsque l'on commence par ouvrir franchement
« la cavité et que l'on arrache ensuite fragments par
« fragments la paroi active, on fait saigner, c'est-à-
« dire qu'on ouvre des bouches absorbantes pour les
« bacilles tuberculeux et les produits toxiques mis en
« liberté par l'action de la curette ou du bistouri
« tranchant dans cette paroi infectée ; on a bien essayé
« d'empêcher ces inoculations en arrosant la plaie
« d'un jet d'eau continu (précaution qu'on ne prend
« d'ailleurs que très rarement dans la pratique cou-
« rante) — même avec cette précaution, je ne puis
« dire que tout danger soit conjuré — et lorsqu'on
« ne prend pas cette précaution, ce qui arrive trop
« souvent, il me semble que si l'on voulait réussir
« une inoculation tuberculeuse, on ne s'y prendrait
« pas autrement. » (Calot).

Pourtant il ne faut pas condamner absolument cette méthode, car il est des cas où les lésions étant bien nettes et parfaitement limitées et encapsulées, on peut réussir du premier coup à supprimer la fistule et sa source. Qu'on se souvienne seulement qu'il ne faut agir qu'à coup sûr ; sinon c'est une épreuve inutile et souvent dangereuse imposée au malade, épreuve sans compensation puisqu'on le laisse dans un état semblable à ce qu'il était auparavant et peut-être pire.

Voilà pour la méthode du traitement chirurgical.

Dans la méthode conservatrice, on va confier à des agents chimiques, à des caustiques et des antiseptiques le soin d'aller combattre les colonies microbiennes, et dissoudre et éliminer les productions

tuberculeuses qui encombrant la cavité de l'abcès et entretiennent la suppuration.

Tandis que les microbes plongés dans un milieu de culture qui leur est devenu défavorable perdront de leur vitalité et de leur virulence, les fongosités dont la nutrition est imparfaite se laisseront attaquer par ces agents. Elles se mortifieront et se liquéfieront sous leur influence et seront entraînées au dehors avec le pus ; seuls y résisteront les tissus sains doués d'assez de vitalité et d'énergie. C'est assez dire que tous les tissus malades seront détruits et que seuls ils seront détruits. N'est-ce pas là l'idéal ? Le but sera plus long à atteindre, il est vrai, que par la méthode chirurgicale, mais il le sera plus sûrement.

Quelle est donc la conduite à tenir ?

Tout d'abord il faut se bien convaincre que l'antiseptie la plus rigoureuse est absolument nécessaire et ne pas croire que parce qu'il y a du pus et du pus infecté, on pourra se contenter d'un dangereux à peu près. Je parle ici pour la généralité. A plus forte raison devra-t-on dans les hôpitaux où l'on a à soigner un grand nombre d'enfants atteints d'affections analogues se garder de toute négligence sur ce point. Il est facile de comprendre, en effet, qu'en portant, en inoculant d'un malade à l'autre des microbes de même espèce peut-être, mais d'une virulence différente, on crée de véritables associations microbiennes qui peuvent porter le plus grave préjudice à la santé de ceux que l'on a mission de guérir.

La première condition est donc de réaliser l'antisepsie du chirurgien et de ses instruments.

Nous n'avons pas à décrire la façon d'aseptiser le chirurgien, mais nous pouvons dire quelques mots sur celle de tenir les instruments en état de servir.

La seringue la plus commode pour les injections dans les fistules est la seringue en verre avec embouts en ébonite et piston de cuir. Elle n'est pas très fragile et son bec bien adouci ne blesse ni n'excorie les trajets fistuleux. On doit l'aseptiser avant de s'en servir. Il suffit d'y aspirer et d'y maintenir un liquide antiseptique (teinture d'iode, permanganate) pendant quelque temps, puis de la laisser tremper tout entière dans une solution de sublimé au 1/1000^e dont elle ne sortira que pour l'usage. On l'y remettra aussitôt après. En ayant soin d'aspirer de cette solution dans la seringue avant de l'y plonger, on mettra en contact avec le sublimé à la fois l'intérieur à l'extérieur de la seringue.

Cette désinfection est parfaitement efficace et nous nous souvenons d'avoir, dans un cas d'urgence, été obligé de recourir à une seringue ainsi traitée et qui avait déjà fait un long usage, pour faire des injections hypodermiques sans avoir eu le moindre accident.

Deuxième condition. Antisepsie du champ de la fistule.

Si l'on reçoit des malades qui n'ont pas encore été traités, ou des malades anciennement atteints, on trouve le plus souvent le champ de la fistule dans un état de malpropreté profonde. Il faut alors commencer

par faire un nettoyage complet de la peau en évitant la pénétration de quoi que ce soit dans la fistule ; ensuite il est bon de donner, si la région le permet, un bain dans une solution de permanganate au $1/4000^e$ et d'y laisser la partie malade un quart d'heure. Ces bains répétés encore de temps en temps dans le cours du traitement sont des plus profitables et nous ont donné souvent d'excellents résultats (Obs. II, III, XII).

Voyons maintenant le manuel opératoire.

Après avoir enlevé le pansement souillé, on fait avec de la ouate trempée dans du sublimé au $1/1000^e$ la toilette de la région et de l'orifice de la fistule de façon à ce que la pénétration du bec de la seringue ne puisse entraîner aucun germe pathogène dans l'intérieur. On introduit alors la seringue dans la fistule en évitant d'excorier le trajet et de faire saigner et on la pousse assez loin, puis avec un tampon on comprime le trajet pour empêcher le reflux du liquide injecté. On fait alors l'injection et l'on retire la seringue sans cesser de comprimer avec le tampon. On place le pansement préparé d'avance, puis on applique la bande et l'on peut à ce moment seulement cesser de comprimer puisque la bande va remplacer la main de l'opérateur.

Telle est la conduite à tenir dans la plupart des cas. Pourtant l'éther iodoformé impose une modification à cette règle. En effet l'éther en se vaporisant dans la cavité de l'abcès acquiert une tension de vapeur très pénible par le gonflement qu'elle produit. Il faut donc avant de mettre le pansement définitif relâcher

par instant la compression exercée par le doigt pour permettre aux vapeurs de s'échapper. L'éther s'échappe mais l'iodoforme se dépose dans les coins les plus perdus de la cavité distendue. Ensuite appliquer le pansement.

Nous connaissons la manière de pratiquer les pansements : voyons maintenant quelle sera la marche à suivre pour le traitement d'une fistule tuberculeuse.

Supposons un malade atteint d'une fistule déjà ancienne, donnant lieu à un écoulement de pus moyennement abondant. Derrière cette fistule se trouve un trajet plus ou moins long et tortueux et une poche encombrée ou non de fongosités. Allons nous chercher à l'explorer avec le stylet pour nous rendre compte des lésions profondes ? C'est le plus souvent inutile. L'examen extérieur nous doit suffire en effet, car la situation de la fistule nous éclaire déjà sur son origine. Est-elle dans le voisinage immédiat d'une articulation ? Cette articulation est probablement sa source, car nous la trouvons tuméfiée, douloureuse à la pression et immobilisée soit par une ankylose, soit par la rétraction musculaire, et le malade nous racontera comment s'est déroulée sa maladie. Est-elle située dans une autre région que les commémoratifs et l'examen de cette région montreront s'il s'agit d'une lésion voisine ou lointaine, tuberculose diaphysaire ou abcès par congestion. Dans la plupart des cas le doute n'est guère possible, et une fois l'origine reconnue, il ne peut guère y avoir d'avantages à pousser l'exploration plus loin. S'il s'agit d'une fistule venant d'un Mal de

Pott et ouverte loin des vertèbres malades, dans le dos, la fosse iliaque, la région inguinale ou fessière, le stylet ne nous apprendra rien de nouveau. S'il s'agit d'une coxalgie pas davantage. Si, enfin, il s'agit d'une ostéite diaphysaire, nous tomberons sur un os dénudé et ce renseignement prévu et deviné d'avance ne nous fournira aucun éclaircissement et surtout ne modifiera en rien notre ligne de conduite.

Par contre, en échange de ce même résultat, nous aurons imposé au patient une souffrance toujours assez vive et pénible, nous aurons fait saigner et ouvert par conséquent une voie par où peut se faire une nouvelle inoculation.

Il vaut donc mieux s'abstenir de toute exploration au moyen du stylet, et commencer de suite les injections.

Nous avons pour habitude, et nous conseillons d'employer d'abord l'éther iodoformé. Cette solution inoffensive permet d'habituer le malade à son nouveau traitement, et prépare la voie à d'autres agents plus actifs. Elle est peu douloureuse localement et elle a en outre l'avantage de fournir à la vue des renseignements que le stylet ne peut pas donner. En effet, si l'on a soin de fermer l'orifice de la fistule, l'éther, en se vaporisant à la chaleur du corps, acquiert assez de tension pour dilater la poche où on l'a injecté et le gonflement ainsi produit la met sous les yeux d'une manière souvent très apparente. On peut par là juger de sa situation et de sa grandeur, ce qui permettra par la suite de se rendre compte des progrès de la

guérison. Cette manœuvre quelque peu pénible pour le malade ne doit pas être prolongée plus de 4 à 5 minutes. On laisse échapper les vapeurs d'éther et l'iodoforme précipité de sa solution se dépose partout.

Après cette injection le malade ne ressent souvent rien, ou quelquefois, si l'injection est abondante, un peu de chaleur dans tout le corps, une légère ivresse et l'haleine présente l'odeur caractéristique de l'éther.

On fait ainsi deux à quatre injections à raison d'une par jour ou tous les deux jours suivant l'abondance de la suppuration, et on ne s'y attarde pas plus longtemps. Nous les considérons en effet comme seulement préparatoires et insuffisantes à amener dans les abcès les modifications profondes nécessaires à leur guérison.

Sans tarder on passe au naphtol camphré. Comme cet agent très actif peut amener des accidents, il est bon de ne l'employer qu'avec une certaine circonspection au moins au début. Les règles de son emploi sont d'ailleurs assez simples :

1° Ne jamais l'injecter dans un abcès qu'on a fait saigner, parce que son absorption pourrait être rapide ;

2° Ne l'injecter pour débiter qu'en faibles quantités pour tâter la susceptibilité du malade à son égard ;

3° N'en injecter qu'une quantité notablement inférieure au volume de la poche pour éviter une pression trop grande qui favoriserait l'absorption rapide.

Moyennant ces précautions on évitera sûrement les accidents.

On commencera donc par une faible dose de naphtol, 1/2 à 1 centimètre cube, dose que l'on portera les jours suivants et progressivement jusqu'à 5, 10 centimètres cubes et même davantage.

En général, ces injections produisent une légère ascension de température dont il est bon d'être prévenu, un sentiment de malaise passager, et une diminution de l'appétit.

Localement l'effet est très important, au moins au début. Il se développe une certaine inflammation de la fistule ; le pus devient très épais et abondant et présente une couleur spéciale plus brune que celle du pus ordinaire. Les bourgeons fongueux de l'orifice disparaissent et font place bientôt à des bourgeons d'un rouge vif de bon augure. Intérieurement le même travail a lieu, et la rénitence spéciale des fongosités fait place à une mollesse de la poche qui indique qu'elle se vide et se déterge. Peu à peu le pus diminue de quantité, mais beaucoup moins rapidement que dans les abcès fermés que l'on traite par ponction. Si l'on continue à injecter les mêmes quantités de naphtol et qu'elles soient assez abondantes, on ne tarde pas à s'apercevoir que celui-ci ressort en nature, sous forme de gouttelettes flottant dans le pus. Ceci indique que l'on peut diminuer la dose et que la poche est assez modifiée par le naphtol, dont l'action est épuisée. C'est souvent un indice de guérison prochaine et toujours d'une amélioration.

Il arrive parfois que le naphthol camphré, corps onctueux et épais, ne pénètre pas assez bien dans certaines poches volumineuses ou anfractueuses et que l'on est forcé pour cette raison de prolonger un traitement plus longtemps qu'on ne l'aurait voulu.

Nous avons imaginé dans ce cas un moyen qui est souvent employé maintenant par M. Calot. C'est de mélanger l'éther iodoformé au naphthol camphré par parties égales. On obtient ainsi un liquide qui a presque la mobilité de l'éther et qui y joint l'énergie du naphthol. Il s'insinue partout sans difficulté et donne en pratique des résultats remarquables et rapides.

Mais si dans quelque cas le naphthol n'est pas assez subtil, dans nombre de fistules, il l'est beaucoup trop et bien des traitements se sont trouvés prolongés faute d'avoir pu maintenir le naphthol en contact avec les lésions qu'il devait modifier. Il fallait donc trouver un palliatif.

Nous inspirant de l'idée déjà ancienne de mélanger ensemble le salol et l'iodoforme, de les fondre à 45° environ, puis de les couler dans les tissus où ils se congèlent et forment un pansement à action lente et prolongée, nous avons cherché à trouver une formule qui nous permit d'obtenir un résultat analogue avec le naphthol camphré.

Nous essayâmes de mélanger de la vaselinc, puis de la lanoline au naphthol, mais le produit restait liquide dans le corps. Le suif ne donnait pas de meilleurs résultats. Nous fîmes alors un mélange de bougie

stéarique et de naphtol, et par tâtonnement nous nous arrêtaâmes à la formule suivante :

Bougie stéarique.....	3
Naphtol camphré	1

Cette pommade, sur laquelle nous reviendrons plus loin, a la propriété de fondre à une température de 40 et quelques degrés et de se congeler très rapidement une fois injectée dans les tissus.

Elle réalise donc pleinement les desiderata du naphtol camphré dans le traitement des fistules. Aussi en avons-nous obtenu des résultats très supérieurs, dans de nombreux cas, à ceux obtenus auparavant. (Obs. I, III, VI, IX, VI, XII, XIII, XV.)

Ces injections de naphtol camphré pur ou associé à la bougie comme véhicule, doivent être répétées seulement tous les deux ou trois jours dans la plupart des cas. Employées à intervalles plus longs on perd du temps et renouvelées tous les jours par exemple, elles occasionnent au bout de peu de temps au malade une fatigue, un malaise et une inappétence qui obligent à les suspendre. D'une façon comme de l'autre le résultat est le même, car cette suspension peut aussi causer un retard. La grande fréquence des injections ne pourrait avoir sa raison d'être que dans le traitement de certaines fistules difficiles à panser et d'où le naphtol s'échappe rapidement et malgré les pansements les plus soignés ; mais nous avons vu que la pommade au naphtol pare à cet inconvénient.

Un certain nombre de fistules arrivent à la presque guérison après ce simple traitement dans les cas favo-

rables. Quelques injections d'éther iodoformé qui amènent l'expulsion du reste du pus, sans cautériser de nouveau la poche, terminent le tout. La fistule se rétrécit et semble vouloir se fermer.

On peut souvent hâter ce résultat en usant de petits moyens fort utiles. Ce sont les cautérisations au crayon de nitrate d'argent et les ponctions.

Pour cela on introduit le crayon dans la partie superficielle du trajet fistuleux et on l'y laisse quelques instants. Il se produit une constriction énergique de bourgeons charnus, qui agissent à la façon d'un véritable sphincter et en s'appliquant les uns contre les autres ferment l'orifice. Ils s'accolent et se soudent presque toujours si l'écoulement purulent n'est pas trop abondant. On fait dessus un pansement légèrement compressif en évitant toutefois de comprimer la poche.

C'est alors qu'il faut une surveillance attentive. Il peut arriver en effet de deux choses l'une : ou bien il ne se forme plus de pus en arrière de l'obstacle et la guérison est assurée, ou bien il s'en forme et dans ce cas le pus va se porter au dehors. S'il acquiert une certaine tension la fistule se rouvrira et ce sera à recommencer. Heureusement on peut souvent intervenir à temps et par des ponctions conjurer le danger. On traite alors le malade comme s'il portait un abcès fermé. Pendant ce temps la fistule se cicatrise et se consolide et bientôt la partie sera gagnée. (Obs. V et XV.)

Mais dans bien des cas, soit qu'on ait affaire à une

tuberculose plus maligne, soit qu'il y ait une association microbienne, soit ancienneté ou étendue des lésions, mauvais état général ou toute autre cause, la fistule bien qu'améliorée persiste.

Faut-il s'entêter dans ce traitement par le naphthol, ou renoncer à tout ? Evidemment non. D'autres agents médicamenteux peuvent réussir encore et il faut les essayer les uns après les autres. Dans quel ordre doit-on les employer ? Il n'y a pas et ne peut pas y avoir de règles fixes à cet égard. On marche un peu en aveugle et l'événement seul nous donnera tort ou raison. Pourtant il est naturel de commencer par les agents les moins douloureux et de finir par ceux qui le sont plus. On utilisera donc d'abord le permanganate, l'eau oxygénée, la teinture d'iode et plus tard le chlorure de zinc, l'essence de térébenthine, s'il est nécessaire et si on peut les faire accepter.

Il faudra ne prolonger l'emploi d'aucun de ces corps, et alterner assez fréquemment. A chaque changement on remarquera presque toujours une amélioration assez notable ; mais si l'on continuait trop longtemps l'un d'eux à l'exclusion des autres, on verrait souvent la fistule perdre ce qu'elle avait gagné. On peut supposer pour expliquer ce phénomène que les colonies microbiennes, tout d'abord contrariées et gênées dans leur développement, perdent de leur virulence, ce qui permet à l'organisme de lutter avec plus d'avantage, mais qu'à la longue elles s'adaptent au milieu nouveau dans lequel elles vivent, et se mithri-

datisent en quelque sorte. D'où la nécessité de changer souvent pour éviter l'accoutumance.

Quelques courtes périodes de repos accordées au malade, en suspendant le traitement actif et en ne faisant que des pansements de propreté, ne sont pas nuisibles. Elles seront un soulagement à la fois pour le physique et le moral.



TRAITEMENT DE LA TUBERCULOSE CUTANÉE

Nous serons brefs sur ce chapitre, car ce que nous venons de dire sur les fistules, s'applique presque entièrement, sauf de légères modifications aux tuberculoses cutanées.

Ce sont, en effet, des lésions de même nature, ayant la même marche et les mêmes caractères, et ne différant que par l'aspect macroscopique.

Les tuberculoses cutanées sont de véritables abcès étalés en surface et sans conduit excréteur, et sont justiciables du même traitement.

Ici donc on emploiera les mêmes agents thérapeutiques et en suivant le même ordre, mais on laissera de côté la seringue devenue inutile puisque les parties malades peuvent être atteintes directement.

L'éther iodoformé sera versé doucement de manière à s'évaporer au fur et à mesure et à déposer l'iodoforme dans les moindres recoins. Cette manière de faire est préférable aux insufflations de poudre d'iodoforme qui ne pénètre pas partout.

Le naphthol camphré restera peu de temps en contact avec les tissus, aussi y aura-t-il avantage à verser la pommade au naphthol qui leur adhérera intimement et longtemps.

Le permanganate trouvera un emploi plus fréquent en bains et lavages et son efficacité sera plus certaine.

La teinture d'iode donnera aux tissus malades une plus grande vitalité, et les bourgeons sanieux ou exubérants seront touchés au nitrate d'argent ou supprimés par la curette.

Dans les cas de lésions anciennes, couvertes de fongosités épaisses et facilement saignantes, il y aura avantage à pratiquer un grattage complet s'arrêtant à la membrane scléreuse qui limite la lésion et en forme le fond. Cette membrane cautérisée ensuite au chlorure de zinc donnera naissance à des bourgeons jeunes plus faciles à antiseptiser et à diriger.

Malheureusement ces lésions sont souvent d'une atonie désespérante (Obs. III), et il faut savoir s'armer d'une patience à toute épreuve.



PRINCIPAUX MÉDICAMENTS EMPLOYÉS

Dans le Traitement des Fistules et Tubercules cutanées

Permanganate de potasse. — En solution au 1/1000^e ou au 1/4000^e, suivant qu'on l'emploie à l'extérieur ou à l'intérieur, la solution la plus concentrée étant réservée pour les injections et la plus faible pour les bains. Les injections de permanganate ne peuvent être maintenues longtemps dans l'intérieur des fistules, à moins de faire une compression énergique et vraiment efficace, aussi est-il préférable de se servir d'une solution forte qui agit rapidement. Pour les bains, qui au contraire peuvent être prolongés sans inconvénient, la solution faible est suffisante.

Le permanganate de potasse a l'avantage d'être un bon désinfectant et de n'être pas douloureux. Son action nous a toujours paru remarquablement efficace et sans danger.

Il est surtout à employer par intervalles sans en prolonger l'emploi.

Eau oxygénée. — Action analogue à celle du permanganate. Elle a sur celui-ci l'avantage de produire un dégagement gazeux que l'on peut utiliser pour dilater la poche purulente. Mais par contre, elle est d'une conservation difficile et ses effets ne nous ont jamais, dans nos essais, paru égaler ceux du permanganate. Elle ne peut guère être employée qu'à l'intérieur où ses réactions chimiques sont utilisables en totalité, ce qui n'aurait pas lieu à l'air libre.

Glycérine iodoformée. — Corps trop onctueux, dans lequel l'iodoforme n'existe qu'en suspension. Elle n'a qu'un seul avantage, c'est de n'être pas douloureuse. Elle s'insinue mal dans les anfractuosités des abcès et l'iodoforme ne se dépose qu'irrégulièrement à leur surface. Elle est donc notablement inférieure à l'éther iodoformé.

Chlorure de zinc. — Solution au 1/50°. C'est un caustique énergique qui trouve son application dans les cas où l'on veut agir rapidement et profondément. C'est un sclérogène qui est utilisé, surtout dans la méthode de Lannelongue, pour circonscrire une lésion tuberculeuse dans une barrière solide. Il a l'inconvénient d'être très douloureux et d'être pour cette raison difficilement accepté par les malades ; on n'en peut par conséquent pas prolonger l'emploi.

Essence de térébenthine. — On peut appliquer les mêmes remarques à l'essence de térébenthine, qui agirait comme oxydant indirect. Elle inspire aux malades qui l'ont employée une fois une véritable terreur ; aussi croyons-nous que l'on doit en proscrire l'usage

dans ces traitements prolongés et déjà assez déprimants par eux-mêmes, d'autant plus que nous avons à notre disposition d'autres agents très actifs et peu douloureux.

Teinture d'iode. — Excellent topique dont nous avons pu apprécier maintes fois les qualités. A l'intérieur, elle dessèche les cavités fongueuses, cautérise doucement et change rapidement la nature de la suppuration dont elle diminue l'abondance. Extérieurement elle dessèche les surfaces bourgeonnantes sur lesquelles elle produit une pellicule favorable à la cicatrisation. Étendue sur les ulcérations tuberculeuses, elle les assainit et les tonifie et amène souvent la guérison.

Poudre de Lucas-Championnière. — Encore un puissant modificateur des surfaces bourgeonnantes dont il excite admirablement la vitalité. C'est un cicatrisant par excellence dont l'action combinée à celle de la teinture d'iode nous a toujours donné de très bons résultats.

Éther iodoformé. — Voilà l'agent auquel il faudra revenir le plus souvent, ainsi qu'au suivant. Son principal avantage réside dans la grande diffusibilité qui permet le dépôt régulier et parfait de l'iodoforme, son principe actif, et aussi dans sa volatilité à la température du corps humain. Comme nous l'avons vu en effet, il acquiert dans les tissus et cavités une tension capable de dilater ces cavités, ce qui en favorise le nettoyage. Il se forme ainsi un véritable drainage des sécrétions purulentes qui en assure l'évacuation.

L'injection d'éther iodoformé est peu douloureuse, bien supportée, et peut être renouvelée indéfiniment sans inconvénient pour le malade. Par contre, il est d'une énergie faible.

Naphtol camphré. — C'est le plus avantageux des liquides susceptibles d'être injectés dans les fistules. A une indolence presque complète il joint des qualités antiseptiques, corrosives et modificatrices puissantes qui permettent de le continuer longtemps. Un seul défaut, c'est sa toxicité assez grande. Nous avons indiqué plus haut les règles qui doivent présider à son emploi et le rendre inoffensif.

Il dissout les fongosités sur lesquelles il exerce une action vraiment elective à l'encontre des autres caustiques qui attaquent tissus malades et tissus sains à la fois. Il est surtout efficace dans les lésions tuberculeuses sans infection secondaire où les résultats sont d'une rapidité quelquefois surprenante.

Mélange d'éther iodoformé et de naphtol camphré. — Nous avons imaginé ce mélange qui fait participer le naphtol aux qualités de l'éther, c'est-à-dire à sa diffusibilité. Il donne de très bons résultats et est entré à Berck dans la pratique courante. Il ne produit pas d'accidents d'intoxication. On peut faire varier le taux de la solution en portant la quantité de naphtol du quart à la moitié de la masse totale.

Pommade de bougie stéarique et naphtol camphré. — Cette pommade, que nous avons composée pour répondre à un besoin spécial, possède des propriétés directement opposées à celles du mélange précédent.

La préparation et son mode d'emploi vont faire l'objet de l'article suivant.

Préparation et Mode d'Emploi de la Pommade de bougie naphtolée camphrée.

On prend trois parties de bougie stéarique du commerce que l'on fait fondre à feu nu et que l'on laisse bouillir pendant dix minutes environ de façon à la stériliser complètement, et avant son refroidissement on y ajoute une partie de naphtol camphré ordinaire en agitant pour obtenir une dissolution bien homogène. On peut l'employer de suite.

Cette composition est solide à la température ordinaire et ne fond qu'à la température de 40° environ.

Pour l'usage, il faut donc la faire fondre pour pouvoir l'injecter dans les fistules ou la verser à la surface des plaies.

De plus, la seringue dont on va se servir doit être tiédie, sans quoi la pommade se congèlerait rapidement dans son intérieur et en empêcherait le fonctionnement. A Berck, où nous faisons grand usage de cette pommade, nous laissons, pendant les séances de pansements, nos seringues dans une solution de sublimé un peu chaude, de sorte que nous n'avons jamais cet inconvénient.

On injecte alors la quantité voulue de pommade dans la fistule et sans cesser de comprimer l'orifice, on retire l'embout de la seringue. On attend quelques instants pour laisser le temps de se solidifier, et on

peut alors appliquer le pansement sans avoir à craindre de voir rien s'écouler au dehors.

Si l'on enlève trop tôt le tampon de ouate obturateur de la fistule, un peu de pommade encore liquide s'écoule. Instinctivement, on serre de nouveau, et dans ce cas, point n'est besoin de continuer longtemps la compression, car si l'on retire de nouveau le tampon, rien ne s'écoule plus. Voici en effet ce qui se passe : La pommade était dans la cavité à l'état dit de surfusion et au moment où une partie s'écoule au dehors, cette partie se solidifie de suite, entraînant la solidification instantanée de toute la masse.

Grâce à cette pommade, on a donc tout le temps de faire le pansement et la certitude que le corps modificateur restera en contact avec les parties malades, et cela pendant longtemps, ce qui est capital.

Autre avantage : le naphthol ainsi incorporé à la bougie ne s'absorbera que très lentement et ne causera jamais de ces accidents d'intoxication que l'on peut toujours redouter avec lui.

Les effets de la pommade sur les fistules sont remarquables par leur rapidité et leur intensité.

Le mode d'action n'est pas nettement déterminé. Toutefois la bougie semble subir une véritable digestion, car elle ne ressort pas en nature, mais sous la forme d'une matière épaisse, blanchâtre et visqueuse intimement mêlée au pus, et collant aux vases où on la reçoit.

A la suite d'une injection, on trouve toujours une abondante sécrétion de pus épais et une assez vive

réaction de la fistule. Après un nombre variable, mais peu élevé d'injections, le pus diminue rapidement, et la cicatrisation est bientôt terminée ; on peut voir dans l'observation n° I que quatre injections suffirent.

Nous avons souvent constaté l'efficacité de cette pommade dans le cours de notre internat à Berck, ainsi qu'en font foi nos observations ci-jointes, et sans vouloir en faire un spécifique certain et irrésistible, nous sommes convaincu qu'on n'aura le plus souvent qu'à se louer de l'avoir employée.



OBSERVATIONS

OBSERVATION I

Victor M.... 18 ans. Ancienne coxalgie gauche. Le malade a été traité par l'immobilisation et les appareils plâtrés. Il a cessé ce traitement depuis un an et marche avec une canne. L'articulation coxo-fémorale gauche ne jouit que d'une faible mobilité : Etat général assez bon. Vers le 10 juin 1898, le malade se plaint de sensibilité dans la région trochantérienne où ne tarde pas à apparaître une rougeur diffuse. On constate la présence du pus et malgré plusieurs ponctions qui ont ramené une quantité variable de pus, l'abcès s'ouvre par suite d'un retard apporté à faire la ponction.

Le 25 juin on fait une première injection de la pommade au naphтол camphré dissous dans la bougie. Le lendemain on enlève le pansement qui est recouvert d'une matière grisâtre, épaisse et bien liée, assez abondante formée de pus intimement mélangé avec la bougie. Par la pression sur l'abcès, on fait sortir une grande quantité de cette matière. On fait une deuxième injection qui donne le même résultat. Troisième in-

jection le surlendemain le pus diminue. A la quatrième injection peu de pus. Pansement à plat qu'on enlève deux jours plus tard. Plaie en voie de cicatrisation ; le décollement de l'abcès a disparu. Deux jours plus tard la cicatrisation est obtenue et la guérison reste définitive.

OBSERVATION II

Georges V..., 14 ans. Porteur d'une tumeur blanche du genou droit réséquée il y a un an environ à Lille par un professeur de la Faculté. Le membre est dans la rectitude grâce à un appareil plâtré ouvert en avant ; légère mobilité. La plaie opératoire ne s'est fermée qu'en partie et la suppuration continue par 7 fistules disséminées tout autour de l'articulation du genou et plus ou moins importantes. L'état général est médiocre.

On institue immédiatement le traitement par les injections. On emploie d'abord l'éther iodoformé pour nettoyer les trajets fistuleux car l'enfant était soigné par sa famille qui ne lui faisait que des pansements à plat. La suppuration change peu à peu de nature et diminue. On emploie alors le naphthol camphré qui ramène un écoulement de pus épais, mais aucune des fistules ne se ferme. Les pansements sont faits régulièrement tous les deux jours et périodiquement on procède à des lavages généraux de la peau au savon et au permanganate de potasse. Après deux mois de traitement assidu on remarque que certains trajets fistuleux se sont isolés et ne donnent plus lieu à un écoulement semblable. On essaye alors les injections de teinture d'iode ; elles amènent bientôt une améliora-

tion manifeste de plusieurs fistulettes qui se ferment. Les autres persistent malgré le traitement.

On laisse alors le malade sans intervenir pendant un mois en se contentant de la panser à plat; et l'on reprend la série des injections de naphtol camphré d'abord, puis d'éther iodoformé en ayant soin d'obstruer les orifices des fistules pour permettre aux vapeurs d'éther de dilater la poche suppurante et de pénétrer partout.

Les fistules se rétrécissent. Un jour remarquant en avant des condyles fémoraux une fausse fluctuation assez étendue, M. Calot exerce en ce point des pressions qui amènent l'issue de fongosités sanguinolentes abondantes; on fait ensuite une injection d'éther. Deux jours après on répète la même opération qui n'amène que quelques fongosités. Quelques injections d'éther et de naphtol déterminent ensuite l'occlusion complète des fistules. On met un appareil plâtré qui est enlevé trois mois plus tard. Les fistules sont toujours fermées. Nouvel appareil. Le malade est revu quatre mois plus tard et à l'ouverture de l'appareil on voit à travers une petite érosion de la peau apparaître un fil d'argent qui a servi à faire la suture osseuse, mais les fistules sont toujours fermées. État général bon. Le traitement a duré six mois environ.

OBSERVATION III

Armand L..., 14 ans. Tuberculose cutanée à la face interne de la jambe droite. Fistule osseuse à la mallècle interne et fistule à la cuisse. État général médiocre. L'enfant arrive avec des ulcères tuberculeux s'étendant à toute la face interne de

la jambe sur une largeur de 4 à 8 centimètres. Entre les ulcères se trouvent des ponts de peau plus ou moins larges en dessous desquels il y a des clapiers profonds.

On commence le traitement par des pulvérisations d'iodoforme renouvelées tous les deux jours. Mais l'écoulement de pus est toujours aussi abondant et ne paraît nullement modifié par le traitement. On a affaire à un mauvais terrain doué d'une faible vitalité et à des tissus sclérosés qui réagissent mal. On passe au naphthol camphré pour dissoudre les bourgeons sanguinolents et sanieux qui recouvrent les plaies. Il est assez difficile de maintenir cet agent en contact avec elles. Par contre la teinture d'iode les modifie favorablement comme aspect, mais leur étendue diminue à peine. De temps en temps, tous les 15 jours environ, on fait prendre un bain de permanganate à 1 pour 4.000 qui amène une amélioration remarquable. Devant ce résultat on essaye d'en donner plus souvent, mais le succès ne se maintient pas. On cautérise alors toutes les plaies au nitrate d'argent sur toute leur surface sauf une mince bande à la périphérie pour ménager les éléments naissants de l'épiderme. Dans les points rétrécis on obtient par ce moyen une croûte sous laquelle la cicatrisation s'achève. Dans les autres la suppuration continue.

On recourt alors à la teinture d'iode en badigeonnages. Mais une tache rose puis rouge apparaît à la cuisse au dessus du condyle interne du fémur. Un abcès se déclare qui finit par s'ouvrir par un des orifices laissé par les ponctions. On y injecte de l'éther iodoformé puis du naphthol camphré, et enfin de la teinture d'iode : Une fistule s'établit quand même. Les plaies se cicatrisent lentement sans que leur centre prenne un aspect définitivement meilleur. Il y a des hauts et des bas. Les anti-

septiques paraissent impuissants à déterminer à eux seuls la guérison, on pulvérise de la poudre de Lucas Championnière qui donne de la vitalité aux bourgeons charnus et tout en continuant de temps en temps les bains de permanganate, on associe ces pulvérisations aux injections d'éther, de teinture d'iode, etc. A cause de la difficulté que l'on rencontre à maintenir le naphтол en contact avec des plaies étendues mais peu profondes, on fait des injections dans les fistules et des applications sur les plaies de « bougie au naphтол camphré ». Les plaies diminuent rapidement. La fistule de la cuisse se ferme. Quelques points plus réfractaires ou plus difficiles à atteindre sont avivés par un grattage à la curette tranchante, et bientôt après la guérison complète est obtenue après 10 mois de traitement. La jambe qui primitivement était fléchie à angle aigu sur la cuisse par la rétraction des tissus scléreux est maintenant complètement étendue et facilement mobile. Etat général bon.

OBSERVATION IV

Marthe G..., 6 ans. Tumeur blanche du genou droit et des deux pieds avec fistules. Mal de Pott lombaire.

Cette enfant est arrivée dans un très mauvais état général ayant son genou et ses deux pieds en pleine suppuration et le genou fléchi. Le traitement local n'est institué dans toute sa rigueur qu'après que l'état général s'est un peu relevé sous l'influence de l'air de la mer et d'une bonne alimentation. On débute par l'éther iodoformé et peu après on n'utilise plus que le naphтол camphré. Les fistules des pieds se ferment assez

vite, en un mois et demi, mais celles du genou résistent assez longtemps et on emploie successivement la teinture d'iode, le permanganate la solution de chlorure de zinc. Puis on ne fait plus que des pansements à plat pendant 3 semaines et sous l'influence d'une nouvelle série d'injections répétées tous les deux jours les fistules du genou se ferment en un mois. On laisse écouler un mois avant de faire le redressement du genou qui est très difficile et on met un appareil plâtré.

A cette époque apparaît le Mal de Pott pour lequel on met de suite un appareil plâtré qui fréquemment souillé par l'enfant ne maintient pas suffisamment et laisse se produire une légère gibbosité. On le renouvelle assez souvent et quand l'enfant est devenue propre, on opère sous chloroforme le redressement du mal de Pott après avoir réséqué les apophyses épineuses. Les suites sont parfaites et après 3 mois on peut laisser l'enfant sans corset sans qu'il se produise de déviation nouvelle. Il n'en est pas de même du genou qui a toujours tendance à se dévier dès qu'on le laisse quelque temps sans appareil plâtré. L'enfant est toujours suivie. Etat général excellent.

OBSERVATION V

Gustave R..., 16 ans. Mal de Pott lombaire. Fistule à droite.

Ce jeune garçon arrive avec une fistule ouverte dans la région lombaire à droite. On constate un mal de Pott lombaire avec légère saillie de 4 vertèbres, mais sans déviation dans l'attitude du malade. La fistule coule abondamment et donne un pus bien lié et assez liquide. Etat général médiocre. On com-

menge le jour même, après désinfection de la région voisine, à injecter de l'éther iodoformé, et tous les jours suivants du naphthol camphré. Le pus devient plus épais et plus gris et sa quantité diminue assez rapidement. Quinze jours après l'entrée du malade on constate du côté gauche symétriquement à la fistule un gonflement assez étendu et de la fluctuation. On espère que le pus se portant du côté gauche, la fistule de droite va pouvoir se fermer. On ponctionne l'abcès de gauche tous les jours ou tous les deux jours pour éviter son ouverture en changeant à chaque fois le point de la ponction et en injectant du naphthol après chaque ponction, et on a la satisfaction de voir la fistule se tarir et se fermer. Mais elle se rouvre 8 jours après malgré la continuation des ponctions à gauche ; on injecte de nouveau de l'éther (2 fois) et du naphthol (4 fois) et la fistule se ferme encore et cette fois définitivement. L'abcès de gauche se tarit peu à peu et après une trentaine de ponctions il est complètement guéri. On met un léger corset à l'enfant pour le soutenir et éviter les traumatismes de la colonne vertébrale, et quand on l'enlève 3 mois après la guérison s'est maintenue.

OBSERVATION VI

Paul G..., 19 ans. Ostéite tuberculeuse de plusieurs métacarpiens et d'une phalange.

Ce malade arrive avec des fistules siégeant dans la région dorsale du court adducteur du pouce, et à la phalange du petit doigt (main gauche) et une ostéite du 3^e métacarpien (main droite) avec fongosités mais sans fistule. Etat général passable.

Dès l'arrivée après bain antiseptique et désinfection des deux mains, on injecte dans les fistules de la pommade (bougie et naphthol camphré), parce que leur disposition ne permet pas d'y maintenir des liquides. On provoque ainsi une abondante suppuration ; les surfaces suppurantes se détergent et prennent une teinte rose vif de très bonne apparence. En 4 injections la fistule du petit doigt est fermée. On s'attaque alors par des ponctions aux fongosités de la main droite : pas de pus ; injection de pommade, réaction violente et production abondante de pus épais qui fait éclater la peau. Par pressions directes sur l'abcès on fait encore sortir de ce pus. Pansement simple. Le lendemain nouvelle injection de pommade qui donne encore beaucoup de pus, 3^e injection le surlendemain, moins de pus, 4^e injection deux jours après, presque pas de pus. Pansement simple et fermeture de la fistule qui ne s'est plus rouverte. La fistule du pouce gauche persiste plus longtemps. Dans le fond, avec un stylet mousse, on sent le métacarpien dénudé, mais l'ouverture se rétrécit notablement. Le malade obligé de rentrer dans sa famille, nous quitte avant la guérison complète.

OBSERVATION VII

Emile C..., 22 ans. État général très mauvais. Tuberculose pulmonaire à la 2^e période. Amaigrissement considérable. Synovite tendineuse tuberculeuse du poignet gauche.

A la première ponction on retire un liquide louche et on injecte de l'éther. Après 4 injections on passe au naphthol. L'abcès s'ouvre par l'orifice d'une ponction, mais on continue

malgré cela les injections, puis quand le pus vient en moins grande quantité, on reprend l'éther iodoformé suivant la méthode ordinaire de M. Calot. La fistule se tarit et se ferme rapidement quarante jours environ après le début du traitement. Pas de rechute, mais le malade est emporté l'année suivante par la tuberculose pulmonaire.

OBSERVATION VIII

Kléber H..., Mal de Pott dorso-lombaire. Fistule à la fesse.

Cet enfant est arrivé porteur d'une fistule datant de deux ans, et donnant lieu à un écoulement de pus peu considérable environ une cuillerée par jour. L'état général n'est pas trop mauvais pourtant; il n'y a pas de dégénérescence viscérale. Urines normales. Dès l'abord on pratique dans la fistule des injections d'éther iodoformé pour distendre la poche suppurante et préparer la voie au naphtol camphré. La suppuration reste stationnaire comme abondance, mais change de nature. Le pus devient plus liquide, plus séreux. On continue alors par le naphtol le quinzième jour et on injecte d'abord 2 grammes en augmentant la dose jusqu'à 8 grammes, dose que l'on continue pendant un mois à raison de trois fois par semaine. Le pus d'abord plus abondant et très épais diminue peu à peu. On reprend l'éther iodoformé et après quelques jours la cavité diminuant de volume, on est obligé de cesser et l'on se contente de pansements à plat légèrement compressifs. La cicatrisation s'opère rapidement et au bout de deux mois la guérison est un fait accompli. L'enfant qui dans les

premières semaines avait eu, sous l'influence du naphтол, un peu de fièvre et de fatigue, reprend de la vivacité et de l'embonpoint. Pas de récïdive.

OBSERVATION IX

Alice F. ., 7 ans. Tumeur blanche du cou-de-pied.

A son arrivée, cette enfant ne peut s'appuyer sur son pied gauche. L'articulation tibro tarsienne est grosse, tuméfiée, mais conserve un peu de mobilité. Les mouvements déterminent une vive douleur. Au dessous de la malléole interne existe une fistule d'où sort un pus peu abondant. La malléole externe grosse et empâtée ne présente pas de fluctuation. On injecte dans la fistule de la pommade de bougie naphтолée camphrée, et on détermine immédiatement l'apparition d'un pus abondant et épais et d'une assez vive inflammation. Les injections sont continuées pendant deux semaines tous les deux jours, quand apparaît au-dessous de la malléole externe un abcès. On cesse les injections de pommade et l'on ponctionne cet abcès qui ne paraît pas communiquer avec la fistule, car les injections d'éther que l'on y pousse ne ressortent pas du côté interne malgré la grande diffusibilité de l'éther. La fistule qui ne donnait presque plus est abandonnée à elle-même et se ferme en quelques jours. L'abcès bien préparé par l'éther reçoit à son tour la pommade en très petite quantité (1 cent. cube) à la fois et surveillé de près pour éviter sa rupture. Après quatre injections on se contente de ponctionner et après une ponction blanche on fait de la compression. Après trois pansements compressifs qui ont été gardés chacun de

deux à quatre jours, on retrouve un peu de fluctuation ; nouvelle et dernière ponction qui met fin au traitement actif. Le pied malade est immobilisé pendant deux mois dans des bottes plâtrées, puis on le laisse libre après s'être assuré qu'il est en bon état et indolore. A la sortie de l'enfant l'état local est très bon ; l'étendue des mouvements a augmenté. État général très bon.

OBSERVATION X

Pierre L..., 18 ans. Tuberculose testiculaire.

Ce malade qui a déjà subi l'ablation du testicule G, arrive porteur de plusieurs fistules remontant à 18 mois, disséminées dans les bourses. Plusieurs communiquent entre elles, mais on ne trouve pas de poche purulente étendue. On commence le traitement par une cautérisation au crayon de nitrate poussé dans la profondeur des fistules, car elles ont un assez vilain aspect. Trois jours après, l'escarre tombe, montrant une surface d'un beau rouge vif. Le pus est peu abondant, d'apparence séreuse. On injecte de l'éther qui ne fait guère que traverser d'un orifice à un autre, et l'on s'ingénie, au moyen de petits tampons de ouate, à le faire rester un peu plus longtemps. Cette difficulté de faire rester les liquides modificateurs explique la longueur du traitement de ce malade. Le naphtol que l'on emploie par la suite tient un peu plus, mais insuffisamment encore et sous le pansement qui est maintenu par un simple suspensoir, on ne trouve guère qu'un peu de pus devenu légèrement plus épais, mais en somme insuffisamment modifié. Dans le but de suppléer à l'inconvénient signalé plus haut, on

a recours à des caustiques plus énergiques comme le chlorure de zinc employé quatre fois de suite, puis, après un peu de repos, le nitrate d'argent. Le traitement se poursuit ainsi sans grande modification pendant cinq à six mois, avec des intervalles où l'on ne fait que des pansements à plat, quand la famille impatiente réclame une intervention qu'elle espère plus efficace en priant toutefois de ménager le testicule droit qui reste seul. M. Calot fait alors un curettage des trajets fistuleux qu'il a ouverts, excise certains clapiers qui peuvent être isolés facilement et respecte le testicule (testicule moral, peut-on dire, car la fonction en paraît bien compromise à en juger par les apparences extérieures). On replace le testicule et on suture le tout sans drainer. Suites opératoires, bonnes, mais il reste en fin de compte encore deux fistulettes dont l'une est infime et ressemble plutôt à un noyau fongueux de la peau. On reprend trois semaines après l'opération les séries des injections, d'éther, teinture d'iode et naphthol et des cautérisations souvent répétées au nitrate d'argent, et enfin après un an de traitement environ, on a la satisfaction de voir se consommer la guérison de cette maladie si rebelle. L'état général est bon, rien aux poumons. Le malade qui a donné plusieurs fois de ses nouvelles va toujours bien.

OBSERVATION XI

Andrée T..., 8 ans. Coxalgie gauche avec fistules.

Cette enfant est amenée avec une coxalgie douloureuse et la cuisse en flexion prononcée et rotation interne. On procède au redressement et à l'immobilisation en bonne position. La

cuisse est dans l'extension complète, ankylosée incomplètement, mais les mouvements passifs sont très douloureux. Après que l'appareil a été gardé plusieurs mois, l'enfant qui avait d'abord engraisé dépérit rapidement et on enlève l'appareil sous lequel on trouve un abcès dans la région sous-trochantérienne. On le ponctionne un certain nombre de fois. Le pus est très abondant. Un nouvel abcès apparaît bientôt au dessus de l'arcade crurale et ne tarde pas à s'ouvrir malgré tous les efforts. Le premier se comporte de la même façon. Il y a deux fistules au niveau du tenseur du *fascia lata* avec vaste cavité en dessous, et une fistule au niveau de l'épine iliaque antérieure et supérieure : ces trois fistules communiquent et les injections d'éther refluent difficilement il est vrai, de l'une dans les autres, aussi faut-il tamponner tous les orifices pour éviter la sortie des liquides. Le pus qui sort en abondance ne se laisse pas modifier par les liquides injectés, et malgré tout, on continue de longues séries de chaque agent ne changeant que dans l'espoir de mieux réussir avec le nouveau. La suppuration est intarissable. La cuisse est maintenue dans un appareil plâtré à deux valves. Après plusieurs mois de traitement la suppuration semble diminuer et l'on escompte une guérison prochaine quand un nouvel abcès apparaît dans le pli génito-crural. Malgré des ponctions répétées il s'ouvre à son tour. Si, décevant que soit ce traitement, on continue sans se lasser les injections et enfin on emploie la pommade (bougie et naphтол camphrée) qui réveille les deux premières fistules, celle de la cuisse et y opère un changement favorable. La poche se rétrécit notablement, sans cesser de suppurar. La fistule ventrale s'oblitére enfin. Mais ce ne sera qu'après trois mois et demi que les fistules de la cuisse se fermeront définitivement après

plusieurs oblitérations préliminaires. Les fistules du pli génito-crural persistent les dernières et ne cèdent que longtemps après sous l'influence de la pommade que l'on injecte avec persévérance. L'enfant qui avait beaucoup dépéri et présentait souvent une petite élévation de température, se rétablit bientôt et peut retourner dans sa famille en bon état en ne gardant qu'une jambe raide de la terrible crise qu'elle a mis près de deux ans à traverser. Elle a été revue et peut être considérée comme bien guérie maintenant.

OBSERVATION XII

Georges G. ., 6 ans.

Tumeur blanche du genou. Enfant chétif, état général médiocre. Le genou considérablement augmenté de volume est fléchi à 130° environ, la jambe est atrophiée en volume. Sur la face externe du jarret et sur celle du genou s'ouvrent deux fistules profondes d'un mauvais aspect, à bords déchiquetés et décollés. En dessous de la fistule supérieure, une vaste cavité qui donne issue à une grande quantité de pus de mauvaise apparence.

L'enfant est traité pendant assez longtemps par les injections d'éther iodoformé pour désinfecter petit à petit la jointure malade. On laisse provisoirement de côté le naphtol camphré pour ne pas fatiguer le malade déjà si faible. On obtient lentement une certaine amélioration dans l'aspect extérieur du genou qui est moins violacé et livide, mais le pus ne diminue guère et de temps en temps apparaît du pus bleu qui disparaît sans difficulté sous l'influence d'une antiseptie plus rigoureuse

et de désinfection intus et extra par le permanganate. Après trois mois et demi l'enfant ayant pris meilleure apparence par le régime et l'air salin peut supporter les injections de naphtol camphré qui sont faites trois fois par semaine. Le pus s'épaissit et redevient abondant, les bourgeons charnus des orifices des fistules de lardacés qu'ils étaient se détergent ; mais devant la difficulté de maintenir le naphtol dans la cavité de l'abcès, on recourt à la pommade (bougie et naphtol) qui donne de meilleurs résultats. Ce traitement continué pendant un mois amène une amélioration sensible. La poche bourgeonne activement et sans l'énorme décollement qu'il y avait on pourrait prédire une prompte guérison. Mais à ce moment l'enfant est repris par sa famille et on n'a plus de ses nouvelles.

OBSERVATION XIII

Léon L..., 13 ans.

Cet enfant présente de grandes analogies avec l'enfant précédent. Tumeur blanche du genou avec les deux mêmes fistules, mais il y a moins de décollement dans l'abcès supérieur. La jambe est fléchie à 130° environ et très atrophiée. Etat général moyen. Plaies torpides et de mauvaise apparence violacées.

Début du traitement par l'éther iodoformé qu'on maintient pendant quelques minutes dans la poche en fermant les ouvertures avec des tampons de ouate, de façon à gonfler cette poche et à permettre à l'éther de pénétrer dans tous les recoins et d'y déposer l'iodoforme. Quand on pense avoir ainsi

obtenu une modification suffisante des parois de l'abcès, on passe à la pommade qui détermine une recrudescence dans la quantité de pus, et une amélioration dans l'aspect extérieur des plaies. Mais l'enfant très indocile compromet souvent par ses imprudences les résultats obtenus, et dans sa turbulence brise les appareils plâtrés à valves qui maintiennent son pansement. Aussi le traitement se trouve-t-il prolongé et n'obtient-on que tardivement la fermeture des fistules qui s'annonçait comme devant être plus prochaine. Le traitement a duré sept mois. On place un appareil plâtré solide qu'on laisse un mois et ensuite on procède au redressement qui s'obtient en une séance. Renouvellement des appareils de deux en deux mois pendant six mois et abandon à elle-même de la jambe qui se maintient en bonne position. Le genou a diminué de volume, mais la jambe est encore grêle. Etat général excellent.

OBSERVATION XIV

Henri A., 6 ans. Mal de Pott, lombaire avec faible gibbosité. Abcès à la cuisse.

Cet enfant nous est apporté avec une tumeur fluctuante à la face supéro-interne de la cuisse gauche. On ponctionne et on retire une quantité de pus qu'on peut évaluer à 40 grammes. Nouvelles ponctions tous les deux jours pendant deux semaines sans faire d'injections consécutives car l'abcès est en pleine activité et menace de s'ouvrir. Quand le pus commence à diminuer, on injecte avec prudence de l'éther et du naphтол mélangé, mais il s'ensuit une telle production de pus que l'abcès s'ouvre par un des trous de l'aiguille de Dieulafoy. On

en profite pour renouveler les injections pour lesquelles on emploie successivement l'éther, le naphthol, la teinture d'iode. La fistule très étroite se rétrécit encore, et se ferme même, grâce au crayon de nitrate d'argent forcé dans son orifice, pour se rouvrir bientôt. Après quelques alternités d'ouverture et de fermeture, la guérison est acquise définitivement au bout de deux mois et l'on peut mettre un corset de soutien à l'enfant dont l'amélioration ne s'est pas démentie depuis.

OBSERVATION XV

Louis P..., 16 ans. Tumeur blanche au cou-de pied ; fistule sous la malléole externe.

Ce jeune homme arrive avec une fistule ouverte depuis plusieurs mois et donnant lieu à une suppuration peu abondante. Le pied immobilisé en flexion par la rétraction de muscles n'est pas ankylosé, car on peut produire, en occasionnant de la douleur, des mouvements peu étendus. Le malade ne peut appuyer le pied par terre et marche ou plutôt saute (à cloche pied) avec une canne seulement. L'état général est assez bon.

On commence comme d'habitude les injections par l'éther pour préparer la cavité suppurante et la nettoyer ; puis on passe bientôt au naphthol pour dissoudre les fongosités que l'on sent par le palper en avant du cou-de-pied et en dedans sous la malléole interne. La suppuration augmente un peu, mais reste peu abondante et les injections de naphthol ne parviennent pas à animer suffisamment la plaie fistuleuse. On essaye alors le chlorure de zinc qui modifie favorablement mais momentanément

ment et la fistule reprend ses allures endormies. Le traitement actif est suspendu et l'on se contente de pansements à plat. Un mois après, on commence les injections de pommade qui aussitôt font suppurer abondamment et amènent le rejet de matières fongueuses éliminées en morceaux plus ou moins considérables. Après une douzaine d'injections la suppuration diminue beaucoup et la fistule se rétrécit. On en cautérise l'orifice et la partie externe du trajet au nitrate d'argent et le surlendemain la fistule est fermée. Deux jours après elle s'est rouverte et a laissé échapper un peu de pus. Même traitement et même résultat. On surveille de plus près le pied malade et à l'apparition d'une tuméfaction fluctuante, on ponctionne aussi loin que possible du trajet fistuleux dont l'ouverture est ainsi heureusement évitée. Une deuxième et une troisième ponction sont nécessaires, puis c'est tout. Le pied est mis pour deux mois dans une botte plâtrée avec légère compression. Quand on l'enlève tout est en bon état, le cou-de-pied moins gros et les mouvements à peine douloureux. Ce malade a été revu et la guérison s'était maintenue quinze mois après.

OBSERVATION XVI

M. M. S., due à M. Calot.

(Nous laissons ici la parole à M. Calot qui a publié cette observation dans un de ses derniers ouvrages : « Les maladies qu'on soigne à Berck. »)

C'est le cas (bien connu à Berck) d'un jeune homme de 32 ans qui depuis 21 ans, vous lisez bien, depuis l'âge de

11 ans, portait un immense foyer tuberculeux ayant envahi progressivement la jambe gauche et le pied correspondant :

Les os étaient malades depuis la partie moyenne de la jambe jusqu'aux orteils. Sur cette large surface s'ouvraient onze fistules, au moment où je l'ai vu pour la première fois.

L'on se demandera comment il avait pu vivre 21 ans avec une tuberculose osseuse aussi étendue, comment cette tuberculose n'avait pas envahi les viscères. Ceci prouve une fois de plus que la tuberculose externe, même lorsqu'elle frappe les os, n'est pas aussi maligne par elle-même qu'on le croit généralement, et qu'il s'écoule parfois un espace de temps d'une durée invraisemblable a priori, sans qu'elle atteigne l'organisme entier, ce qui montre encore qu'il n'est pas permis de la comparer à la pustule maligne ou du cancer.

Je reviens à l'histoire de mon malade :

L'écoulement qui se faisait par toutes ces fistules était devenu plus abondant depuis quelque temps ; le repos forcé dans une habitation de Paris, l'inappétence, l'abondance de la suppuration avaient affaibli ce malade d'une manière inquiétante, si bien que les chirurgiens qu'il avait consultés avaient été tous unanimes à considérer que le seul moyen qui restait de sauver cette existence si menacée était de sacrifier la jambe.

Le danger était immédiat et pressant. Encore 8 jours d'attente, lui avait-on déclaré et il serait trop tard ; l'on prit date avec la famille pour la sanglante opération : ce serait le mardi.

Le lundi soir, une parente assez éloignée du jeune homme me supplie par une longue dépêche de venir à Berck pour

donner à mon tour mon avis. J'arrivai dans la nuit du lundi, à une heure du matin, chez le malade.

Conséquent avec moi-même, fidèle aux méthodes que je suis dans le traitement de la tuberculose externe, je fus d'avis, contre tous mes collègues, de ne pas consentir au sacrifice de la jambe avant d'avoir tenté sérieusement, patiemment, longuement, la conservation de ce membre condamné par tous les chirurgiens et dont un médecin radiographe consulté à son tour avait dit quelques jours auparavant. « Ce n'est plus de la substance osseuse que vous avez dans la jambe et le pied, c'est de la gélatine et de la bouillie. »

Je consentais à me charger de cette tentative de conservation qui devait être, pour avoir une petite chance de réussir, très laborieuse, très attentive, très longue ; il s'agissait probablement de faire chaque jour ou à peu près, des injections modificatrices dans tous ces trajets fistuleux et cela devait durer 6 mois au minimum, peut être un an et plus, et je conclusais en disant : Si dans un délai moral que nous nous serions fixé à nous mêmes, après 10 ou 12 mois, par exemple d'un traitement pareil, l'on n'arrivait pas à un résultat satisfaisant, je souscrirais à l'amputation, mais pas avant.

Je promettais, au surplus, qu'en attendant, nous ne perdriions rien ; que l'état général serait plutôt amélioré qu'amoindri par ces injections modificatrices, et que si le sacrifice du membre devait se faire après ces efforts si persévérants, le malade aurait une force de résistance physique plus grande qu'à l'heure actuelle, en plus de la certitude par lui acquise, qu'il s'agissait d'un sacrifice absolument nécessaire que rien décidément ne pouvait éviter !

Les parents les plus proches très sceptiques on le conçoit,

ne furent que médiocrement satisfaits d'une pareille déclaration, qui allait retarder ou même compromettre la guérison que seule l'amputation pouvait amener, à leurs yeux comme aux yeux de tous les autres médecins, ils me prièrent d'écrire cet avis, ce que je fis dans les mêmes termes...

— Je sais bien que vous n'en tiendrez aucun compte, dis-je à la famille en partant, vous devez logiquement suivre l'avis contraire de mes collègues qui sont le nombre et l'autorité ; mais je ne pouvais cependant pas vous exprimer un sentiment qui ne serait pas le mien.

Moi parti, voilà que le malade se raccrocha si désespérément à cette planche de salut, qui lui permettait sinon d'éviter, de reculer tout au moins l'amputation tant redoutée, qu'il eut raison de la résistance de ses parents.

Il se fit transporter à Berck le surlendemain, condamné dans sa détermination par tous mes collègues et même par sa famille.

Je ne pouvais pas, je ne voulais pas me dérober et je commençai le jour même le traitement dont j'avais parlé.

Après avoir antiseptisé de mon mieux tous ces trajets, j'ai essayé de les modifier par des injections presque quotidiennes, j'ai épuisé la gamme de tous les liquides modificateurs connus : la teinture d'iode, le naphtol camphré, la glycérine iodoformée, l'eau de mer bouillie, le chlorure de zinc au 50° la teinture d'aloës, la liqueur de Villatte ; mais j'avais beau faire, les fistules étaient trop larges, je ne parvenais pas à maintenir dans les trajets trop largement béants le liquide injecté ; et après 5 mois je dus reconnaître que je n'étais guère plus avancé que le premier jour.

Mais l'état général s'était remonté manifestement depuis le

début de ce traitement. Or c'est tout ce que j'avais promis en réalité...

Je continuai cependant le traitement local, encore et toujours poussé par le malade lui même, et je repris patiemment les injections quotidiennes ou bi-quotidiennes.

Dois-je dire ici combien souvent s'est présentée à mon esprit cette réflexion, combien souvent je me suis dit dans mon for intérieur, que le chirurgien qui voulait couper cette jambe, aurait mis 10 ou même 5 minutes à faire une opération radicale, brillante, presque glorieuse et que j'avais déjà mis deux cents fois plus de temps à faire un traitement fastidieux, très pénible et qui n'éviterait peut-être pas d'en venir à la fâcheuse extrémité que j'avais voulu conjurer !... Mais le désir du malade de guérir sans mutilation était si grand que je m'entêtais encore, soutenu aussi et surtout, je dois le dire, par ce sentiment que s'il s'était agi de moi, j'aurais voulu qu'on fit ce que je faisais pour lui !

Nous étions au septième mois de ces pansements quotidiens, lorsque je crus voir une certaine amélioration locale se dessiner. Au huitième mois, en effet, deux fistules sur onze s'étaient fermées ; au neuvième mois, une autre se cicatrisait, le mois suivant quatre, puis encore trois.

Au dixième mois et demi il n'en restait qu'une. Dès ce moment j'étais assuré de conduire le malade à la guérison. Celle-ci fut obtenue onze mois après le début du traitement.

La guérison est complète, définitive, elle dure depuis plus de 2 ans.

Depuis plus de 2 ans ce malade vaque à un travail fatigant ; va et vient avec son pied qui, massé depuis, a recouvré non seulement de la force, mais encore de la souplesse, avec ce

pied et cette jambe dont le médecin radiographe avait dit, la veille du jour fixé pour l'amputation, on ne l'a pas oublié : Ce n'est plus des os que vous avez là, c'est de la bouillie !



CONCLUSIONS

Les fistules tuberculeuses sont des lésions graves dont il importe de hâter la guérison pour en éviter l'infection. Leur persistance expose le malade à tous les dangers de cette infection secondaire, à la généralisation de la tuberculose et à la dégénérescence viscérale.

Le traitement chirurgical, qui peut réussir dans certains cas bien déterminés à lésions peu étendues et bien limitées, n'est pourtant pas à conseiller dans tous les autres cas, à cause de la difficulté de faire une opération complète et de se mettre à l'abri des inoculations consécutives.

Le traitement qui a le plus de chance de réussir, est le traitement par les injections modificatrices. Il faut s'efforcer de réaliser une asepsie rigoureuse pour éviter les associations microbiennes, si redoutables par leur ténacité et leur résistance.

Le naphthol camphré employé sous diverses formes, sera la base du traitement; mais en cas de fistules rebelles, il faudra lui substituer d'autres agents, qui alterneront entre eux et se suppléeront les uns les autres.

Ces variations dans les liquides injectés auront le plus souvent d'heureux résultats, mais il faudra savoir s'armer de patience, car ces lésions sont difficiles à guérir.

On trouvera un adjuvant utile et même indispensable dans le traitement général réalisé par une bonne hygiène, la suralimentation, et si possible le séjour au bord de la mer.

La tuberculose cutanée est justiciable d'un traitement analogue dans ses grandes lignes et différant seulement par les détails d'application.

Vu : le Doyen,

BROUARDEL.

Vu : Le Président de la Thèse,

BLANCHARD.

Vu et permis d'imprimer :

Le Vice-Recteur de l'Académie de Paris,

GRÉARD.

